

**RICHIESTA PRODOTTI PROTESICI NON IN TARIFFARIO**

(Inviare a UOS Servizio Farmaceutica Territoriale - UOC Farmacia - ASST Papa Giovanni XXIII Via Borgo Palazzo
130, Bergamo (fax 0352676383, mail sft.segreteria@asst-pg23.it)

DATA

PreSST

Indirizzo

N. Telefonico N. Fax

Centro di costo

Funzionario competente

DESCRIZIONE ANAGRAFICA ARTICOLI RICHIESTI	CODICE NOM.TARIF	CODICE DITTA	MISURA RICHIESTA	QUANTITA' IN PEZZI

Ditta Fornitrice

Cognome e nome dell'assistito/a.....

Codice Fiscale del paziente.....

Sesso..... Data di nascita.....

Codice ISTAT del comune di residenza.....

Data prescrizione.....

Nome cognome Medico Prescrittore.....

Codice Struttura Prescrittrice.....

Indirizzo del punto erogativo del PreSST dove consegnare la merce:

..... N. telefono

Nominativo dell'addetto al ritiro c/o il punto erogativo del PreSST

.....

Firma e timbro del Responsabile Sanitario richiedente**N.B.**

La bolla di consegna della merce dovrà essere trasmessa dal PreSST in originale alla UOS SFT con:

- 1) data e firma per ricevuta del funzionario del PreSST
- 2) data e firma del paziente